TITRES ET TRAVAUX

DU

Dr J. VANVERTS

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2
1907

TITRES

Externe des hôpitaux de Lille, 1889.

Externe des hôpitaux de Paris, 1891.

Interne provisoire, 1893.

Interne titulaire, 1894.

Moniteur de trachéotomie (Hôpital Trousseau), 1894.

Docteur en médecine, 1897.

Chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lille, 1902.

Lauréat (*bis*) des hôpitaux de Paris.
- Accessit du concours de l'internat (second interne), 1894.
- Médaille d'argent du concours des prix de l'internat (chirurgie), 1897.

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris. Prix de thèse. (Médaille d'argent, 1898).

Lauréat (*bis*) de la Société de chirurgie.
- Prix Marjolin-Duval, 1899.
- Prix Demarquay, 1904.

Encouragement de l'Académie de médecine (Prix Amussat), 1899.

Mention honorable de l'Académie de médecine (Prix Alvarenga), 1903.

Mention honorable de l'Académie des sciences (Prix Montyon), 1903.

Membre adjoint, 1896.
Membre correspondant, 1900.
} de la Société anatomique.

Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris, 1905.

Membre de la Société internationale de chirurgie, 1905.

Secrétaire général de la Société médico-chirurgicale du Nord, 1905.

Membre associé étranger de la Société de chirurgie de Bucarest, 1903.

Membre associé étranger de la Société belge de chirurgie, 1905.

Membre de l'Association française de chirurgie, 1899.

Membre du Congrès périodique national de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, 1904.

Médaille de vermeil du Ministère de l'intérieur (Typhus. Hôtel-Dieu), 1893.

Médaille de bronze de l'Assistance publique (Externat, 1894. — Internat, 1898.)

Admissible aux épreuves définitives du concours d'Agrégation de chirurgie, 1898, 1901 et 1904.

ENSEIGNEMENT

Direction d'une conférence d'internat (En collaboration avec MM. Meslay et O. Pasteau), Hôtel-Dieu, 1894-1895.

Conférences et démonstrations pratiques d'anatomie faites à l'Amphithéâtre des hôpitaux, 1895-1896.

Conférences cliniques, quotidiennes, aux stagiaires, sous la direction de M. le Dr Ch. Monod, à l'hôpital Saint-Antoine, 1896, 1897, 1898.

Conférence d'anatomie et de pathologie élémentaires aux élèves sages-femmes à l'hôpital de la Charité, Lille, 1902.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — PUBLICATIONS DIDACTIQUES

L'Appendicite (En collaboration avec M. le Dr CH. MONOD), voir p. 18.

Traité de technique opératoire (En collaboration avec M. le Dr CH. MONOD).
2 vol. de 1.969 pages, renfermant 1.907 figures, Paris, 1902.
Traduction italienne, 1903.

Notre but, en écrivant ce traité, a été de fournir au praticien un memento technique, libéré — autant que cela est possible, lorsque c'est un chirurgien qui écrit — de toutes considérations cliniques ou thérapeutiques ; devant servir, non à décider si telle opération doit être faite, mais à montrer, le parti une fois pris, comment il faut la conduire.

Notre désir a été d'énoncer aussi clairement et aussi complètement que possible le manuel opératoire de chaque intervention décrite, laissant notre personnalité de côté, ou ne la marquant que par la préférence que nous accordions à tel procédé sur tel autre — la supériorité d'une technique dépendant pour nous de sa valeur propre bien plus que du nom et de l'autorité de celui qui l'a inventée ou préconisée.

Deuxième édition sous presse. — Le tome 1er (1.010 p., 1.187 fig.) paraîtra incessamment.

II. — ANATOMIE CHIRURGICALE

Du trajet de la plèvre au niveau du bord inférieur du thorax. — *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, 31 mars 1897, et *Revue de gynécol. et de chir. abdominale*, mai-juin 1897, n° 3, p. 509.

Les recherches que j'ai entreprises sur ce sujet, et dont le résultat a été communiqué à la Société de chirurgie par mon maître, M. le Dr Ch. Monod, ont abouti aux conclusions suivantes :

Le cul-de sac costo-diaphragmatique n'a pas un trajet constant.

Au point de vue *anatomique*, on peut donner la description suivante qui répond au trajet le plus fréquent du cul-de-sac : le cul-de-sac costo-diaphragmatique, ayant abandonné le bord du sternum, longe le 6e espace intercostal, croise le 7e cartilage costal à quelques millimètres en avant de la 7e articulation chondro-costale, la 8e côte près de la 8e articulation chondro-costale, les 9e et 10e côtes à 2 ou 3 centimètres en arrière des 9e et 10e articulations chondro-costales ; il atteint ensuite la 11e côte à 11 centimètres de la ligne des apophyses épineuses, à une distance de 2 à 4 centimètres de l'extrémité antérieure de la côte.

Au point de vue *chirurgical*, il serait imprudent de se baser sur ce trajet moyen du cul-de-sac pleural. Etant donné qu'il s'agit de connaître ce qu'on peut enlever du rebord inférieur du thorax sans s'exposer à léser la plèvre, il faut tenir compte, pour éviter tout accident opératoire, de son trajet le plus bas

La description chirurgicale de ce cul de-sac sera donc la suivante : après avoir abandonné le bord du sternum et longé le 6e espace intercostal près du bord supérieur du 7e cartilage, le cul-de-sac croise le 7e cartilage costal à 15 millimètres en avant de la 7e articulation

chondro-costale, le 8ᵉ cartilage à 7 millimètres en avant de la 8ᵉ articulation chondro-costale, les 9ᵉ et 10ᵉ côtes à 10 millimètres en arrière des 9ᵉ et 10ᵉ articulations chondro-costales ; il atteint alors la 11ᵉ côte à 10 millimètres de son extrémité antérieure (fig. 1).

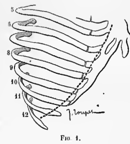


Fig. 1.

III. — CHIRURGIE

A. — Voies respiratoires.

Plaie de la portion thoracique de la trachée consécutive à une plaie du cou par un instrument tranchant et piquant — *Ann. des maladies de l'oreille, du larynx...*, mars 1898, p. 230.

La situation exceptionnelle de cette plaie trachéale s'expliquait par la direction toute spéciale que l'individu, voulant se suicider, avait donnée au couteau dont il s'était servi. Les gros vaisseaux de la partie supérieure du médiastin avaient été respectés.

Un cas de corps étranger dans la trachée chez un enfant de dix-huit mois. Trachéotomie. Guérison (En collaboration avec M. Octave Pasteau). — *Bull. de la Soc. anat.*, 17 janvier 1896, p. 38, et *Gaz. méd. de Paris*, janvier 1896, p. 27.

De l'intubation du larynx dans le croup (En collaboration avec M. R. Meslay). — *Rev. mens. des malad. de l'enfance*, mars 1895, p. 118.

Ce travail est l'exposé des résultats obtenus par le tubage et la trachéotomie à l'hôpital Trousseau pendant les mois qui suivirent l'introduction du sérum antidiphtérique dans le traitement du croup. Les conclusions que nous formulions alors sont restées vraies et sont actuellement généralement adoptées. Les voici en quelques mots :

Le tubage ne peut être considéré comme le mode de traitement parfait et unique du croup. S'il doit être souvent employé et préféré à la trachéotomie, celle ci reste malgré tout son auxiliaire, parfois indispensable, et dans certains cas le procédé de choix. L'intubation, en effet, est une opération plus facile, expose moins aux rétré-

cissements de la trachée, ne détermine pas de cicatrice cutanée et donne des résultats généralement bons dans le traitement du croup ; mais elle peut être insuffisante pour le rejet des fausses membranes trachéales, le tube peut s'obstruer ou être rejeté dans un effort de toux, et cet accident nécessite la présence constante d'un aide expérimenté auprès du malade.

Des pleurésies purulentes enkystées (En collaboration avec M. C. DANCOURT). — *Arch. prov. de chir.*, mars, avril et mai 1904 (*Prix Demarquay* de la Société de Chirurgie).

Les pleurésies purulentes enkystées présentent des caractères communs qui les rapprochent les unes des autres et qui les distinguent de la pleurésie purulente de la grande cavité.

L'enkystement du pus se produit dans deux conditions différentes : 1° La plèvre a subi autrefois des poussées inflammatoires qui ont parfois passé inaperçues et qui ont laissé après elle des adhérences unissant les feuillets pleuraux et cloisonnant la grande cavité pleurale. Ces adhérences peuvent se développer dans tous les points de la séreuse, mais leurs lieux d'élection sont les bords des scissures interlobaires qui s'accolent et le pourtour de la base du poumon qui vient se souder au diaphragme. Entre ces adhérences existent des cavités toutes préparées pour recevoir le pus. — 2° La séreuse était saine au moment où l'inflammation actuelle l'a atteinte. Celle-ci a déterminé une exsudation plastique qui s'est organisée en certains points, et en particulier au niveau de ceux que nous signalions plus haut. Au moment où le pus se forme, il se trouve enkysté par ces adhérences.

La disposition des lésions, toute différente de celle qui existe dans la pleurésie purulente de la grande cavité, explique les troubles spéciaux et souvent caractéristiques qui existent dans les empyèmes enkystés. Quand une pleurésie purulente se développe librement dans la grande cavité pleurale, le liquide s'accumule entre la paroi thoracique, le diaphragme et le médiastin d'une part, le poumon de l'autre ; celui-ci se laisse refouler de plus en plus à mesure que l'épanchement s'accroît. Dans les empyèmes enkystés le poumon

retenu par les adhérences ne peut être refoulé en masse par le liquide ; il se laisse déprimer en certains points. Ce qui distingue en somme les deux variétés de pleurésie purulente, c'est que dans la forme généralisée le poumon s'efface devant l'épanchement, tandis que dans la formo enkystée il lui oppose une résistance toujours notable. Il résulte de ces conditions différentes que le liquide exerce, en raison de sa pression plus considérable, une compression plus forte sur les organes voisins dans les pleurésies enkystées que dans la pleurésie généralisée, et c'est pour cette raison que l'on observe des troubles plus nets, plus caractéristiques, dus à cette compression, dans les premières que dans la seconde.

Le siège souvent profond — si l'on excepte les pleurésies costales — du pus enkysté entraîne des difficultés de diagnostic parfois considérables. Les signes stéthoscopiques dus à l'épanchement sont malaisés à interpréter parce qu'ils manquent de netteté suffisante et surtout parce qu'ils se mélangent à ceux qui ont leur origine dans la lame plus ou moins épaisse de poumon interposée entre la poche purulente et l'oreille.

En raison do ces difficultés de diagnostic, on ne devra pas hésiter à recourir à la *radiographie* et surtout à la *radioscopie*, qui permettront souvent d'éviter des erreurs ou de contrôler une opinion douteuse. La *ponction aspiratrice* devra aussi être utilisée et répétée, au besoin, un grand nombre de fois en divers points.

La pleurésie enkystée présente une évolution différente de celle de la pleurésie généralisée. Le pus a une grande tendance à perforer les parois de la poche et à s'échapper au dehors. C'est généralement vers les bronches qu'il se dirige et il est expulsé sous forme de vomique. Cette éventualité est heureuse, car l'ouverture spontanée ainsi produite suffit souvent à l'évacuation du contenu de l'abcès et la guérison en est la conséquence.

La fréquence de la vomique doit donc entrer en compte dans l'établissement du pronostic d'un empyème enkysté. Il serait toutefois imprudent de se baser sur elle pour conclure à la bénignité de cette affection, la vomique pouvant ne pas so produire, ne se produire que tardivement ou ne pas être suivie d'une amélioration nette et progressive.

De ces considérations on peut déduire la conduite à suivre en présence d'une pleurésie purulente enkystée. Dès que le diagnostic est posé d'une façon ferme, il faut intervenir sans attendre la production de la vomique. Dans les cas où celle-ci a fait son apparition l'abstention est de règle si l'amélioration est rapide, progressive et complète ; dans le cas contraire, il faut assurer par une intervention une meilleure évacuation du pus.

Celle-ci peut être obtenue par la *thoracentèse* ou par la *pleurotomie*. Pour nous, la ponction n'est qu'un moyen de diagnostic et ne doit jamais être utilisée comme mode de traitement. Nous nous appuyons pour défendre cette opinion sur l'inefficacité ordinaire de cette méthode et sur les retards qu'elle apporte à l'incision large de l'abcès. Nous accordons cependant à ses partisans qu'on ait le droit de la tenter dans les empyèmes à pneumocoque pur. En cas d'échec la ponction ne devra pas être répétée et il faudra aussitôt recourir à la pleurotomie.

Pleurésie purulente du sommet ouverte dans les bronches. Résection costale et drainage. Ulcération de l'aorte deux jours après l'opération. — *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 27 mai 1907.

L'intérêt de cette observation consiste : 1° dans la rareté de la pleurésie purulente du sommet ; 2° dans la production d'une hémorragie foudroyante par ulcération spontanée de l'aorte deux jours après l'ouverture chirurgicale de la cavité purulente.

Des pleurésies purulentes du sommet (En collaboration avec M. G. Carrière). — *Nord méd.*, 15 avril 1907.

Nous avons réuni dans ce travail les quelques observations de pleurésies purulentes du sommet que nous avons recueillies dans la littérature médicale, en y joignant deux cas personnels, et avons exposé les caractères particuliers de cette lésion.

B. — Tube digestif et annexes.

Le traitement antiseptique de la stomatite mercurielle. *Annales de médecine*, 12 décembre 1895.

La stomatite mercurielle étant une lésion essentiellement infectieuse, son traitement doit être basé sur l'emploi des antiseptiques. Au chlorate de potasse, dont l'action est nulle, on devra préférer le chloral, le menthol, le phénosalyl, etc., comme le prouvent les observations que nous avons rapportées.

Phlegmon sublingual (angine de Ludwig) à pneumocoques (En collaboration avec M. Magaigne). — *Presse méd.*, 29 juillet 1899, p. 369.

Le phlegmon sublingual (angine de Ludwig) se présente en général avec un caractère de septicité qu'il doit à la qualité des germes infectieux qui l'engendrent. On y trouve ordinairement le streptocoque et le staphylocoque qui proviennent de la cavité buccale.

Dans un cas de phlegmon sublingual nous avons trouvé le pneumocoque ; la virulence de celui-ci avait été suffisante pour déterminer une mort très rapide par septicémie.

Divers microorganismes sont donc susceptibles de produire l'angine de Ludwig. Leur virulence extrême, qui est la cause principale de la gravité de cette affection, est probablement due aux associations microbiennes qu'on trouve notées dans la plupart des observations.

C'est aux saprophytes, qui coexistent avec les microbes pathogènes, que sont dues la fétidité des exsudats et la grangrène.

Ostéite nécrosante du maxillaire inférieur chez un nouveau-né. — *Bull. de la Soc. centrale de méd. du Nord*, 1900, p. 101 ; et *Echo méd. du Nord*, 1900, p. 139.

Sur un enfant nouveau-né on constata, deux jours après la nais-

sance, l'existence d'un abcès mentonnier et sus-hyoïdien qui s'était ouvert spontanément par un très petit orifice au niveau du bord libre de la lèvre inférieure. Cet abcès fut incisé largement. Un mois après, une petite collection purulente s'ouvrait au niveau de la partie médiane de l'arcade alvéolaire inférieure, puis un petit séquestre s'éliminait en ce point.

En l'absence d'antécédents syphilitiques, on se trouve embarrassé pour interpréter ce cas. Peut-être s'est-il agi d'une infection transmise par la mère à l'enfant pendant la vie intra-utérine.

De la conduite à tenir dans les cas de corps étrangers de l'œsophage. — *Revue pratique des connaissances médicales*, 1905, p. 23.

Du procédé de Villar dans la cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus et de ses résultats éloignés. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1899, t. XXV, p. 812. Rapport de M. Ch. Monod.

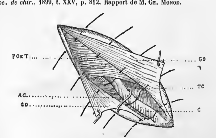


Fig. 2. — AC, arcade crurale — C, cordon. — GO, aponévrose du grand oblique. — PO et T, petit oblique et transverse. — TC, tendon conjoint.

De la cure radicale de la hernie inguinale sans fils perdus, en particulier par le procédé de Villar. — *Echo méd. du Nord*, 1899, n° 43, p. 505.

Pour obvier aux inconvénients de l'emploi des fils perdus, résor-

bables et non résorbables, dans la cure radicale de la hernie inguinale, on a proposé des manœuvres diverses sur le sac et l'usage de fils temporaires, non résorbables. Cette méthode, dont les procédés sont déjà nombreux, a jusqu'ici donné des résultats excellents, qui méritent d'attirer l'attention.

Parmi les procédés proposés, celui de Villar est certainement le plus simple, il consiste à réunir à l'aide d'un seul plan de sutures, en avant du cordon rejeté dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, tous les plans de la région du canal inguinal (fig. 2). Ce procédé que j'ai légèrement modifié, ne m'a donné aucune récidive sur 19 cas.

La suture dans les laparotomies et la cure radicale des hernies. Du surjet à fils non résorbables et non perdus. Avantages des procédés simples. — *Nord méd.*, 15 mai 1903, p. 113.

Dans le but d'obtenir les avantages de la suture à étages dans les laparotomies et d'en éviter les inconvénients (suppurations interminables si l'on emploie les fils non résorbables, trop rapide résorption du catgut), j'essayai une suture en surjet faite avec un fil non résorbable dont les deux bouts émergeaient à la surface de la peau, au niveau des deux extrémités de la plaie (Voy. fig. 3). Les résultats obte-



Fig. 3. — Surjet à fil enlevable réunissant les bords des muscles droits.

nus chez l'animal furent encourageants ; mais je constatai que chez l'homme on éprouvait de notables difficultés à extraire le fil et je renonçai à ce mode de suture.

Je conclus à la supériorité des procédés simples de suture : suture en masse avec des fils non résorbables, ou suture à étages avec des fils résorbables.

Invagination intestinale. Expulsion du boudin invaginé, sauf une partie du cylindre interne restée adhérente au mésentère et non gangrenée — *Bull. Société anatomique*, 10 mai 1895, p. 425.

Le boudin invaginé (fig. 4), qui comprenait les dernières anses grêles, le cæcum et le côlon ascendant, fut expulsé spontanément après une période d'occlusion intestinale complète, pendant laquelle des adhérences solides s'étaient établies entre l'intestin grêle et le

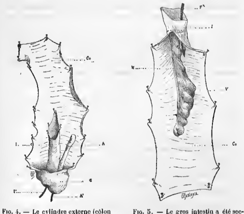


Fig. 4. — Le cylindre externe (côlon ascendant) du boudin a été sectionné dans presque toute son étendue par une incision longitudinale.

A, Appendice cæcal ; *A'*, stylet pénétrant dans l'orifice de l'appendice ; *Co*, côlon ascendant ; *C*, cæcum ; *I*, intestin grêle ; *I'*, stylet pénétrant dans l'intestin grêle par l'orifice iléo-cæcal.

Fig. 5. — Le gros intestin a été sectionné longitudinalement jusqu'au niveau du point où il est soudé à l'intestin grêle.

I, Intestin grêle ; *Co*, côlon ; *F*, flèche passant de la cavité de l'intestin grêle dans celle du gros intestin ; *V*, boudin intracæcal avec ses valvules conniventes et une portion du mésentère (*M*).

gros intestin au niveau du collier de l'invagination. La mort étant survenue quelques jours plus tard à la suite d'une entérite, on constata que la portion postérieure du cylindre interne du boudin invaginé n'avait pas été expulsée et ne s'était pas mortifiée, grâce à sa continuité avec le mésentère (fig. 5). Malgré la persistance de cette partie du cylindre interne, les matières pouvaient passer du bout supérieur de l'intestin dans le bout inférieur.

Deux cas d'épiploïte à la suite de la cure radicale des hernies inguinales. — In M. Leroy, *Des épiploïtes*. Thèse de Lille, 1905, obs. 49 et 68.

Hernie ombilicale volumineuse étranglée, pincement latéral de l'intestin dans un diverticule du sac. Omphalectomie totale ; résection latérale de l'intestin. Guérison. — Des avantages de l'omphalectomie totale (procédé de Condamin) dans la cure des hernies ombilicales. — *Bull. et Mém. de la Soc. méd. chir. du Nord*, 1905, t. 1, p. 67.

Trois cas d'opération pour occlusion intestinale : deux morts, une guérison. — In J. Colle et P. Butruille, *Echo méd. du Nord*, 21 octobre 1906, obs. X, XI, XII.

Perforation intestinale dans le cours de la fièvre typhoïde.
Bull. Société anatomique, 20 novembre 1896, p. 797.

Du traitement chirurgical des péritonites par perforation dans la fièvre typhoïde (En collaboration avec M. le Dr Ch. Monod). — *Revue de chirurgie*, 10 mars 1897, p. 170.

La péritonite, qui succède à une perforation intestinale dans le cours de la fièvre typhoïde, est en général diffuse et exceptionnellement circonscrite. Sa gravité est considérable (90 à 95 p. 100 de mortalité), et bien douteux sont les cas de guérison spontanée.

Préconisée pour la première fois par Leyden en 1883 et mise en pratique l'année suivante par Lucke, la laparotomie pour péritonite consécutive à une perforation de la fièvre typhoïde a été faite actuel-

lement vingt-sept fois à notre connaissance. Nous en avons relaté un cas personnel (1).

Sur 17 cas d'intervention pour perforation typhique, nous avons noté cinq guérisons, soit une mortalité de 81,5 p. 100 (2).

Les lésions péritonéales étaient diffuses, sauf dans deux cas où l'on obtint, du reste, la guérison. La mortalité de la laparotomie pour péritonite typhique *généralisée* s'élève ainsi à 88 p. 100.

Quatre des cas terminés heureusement concernent des perforations survenues tardivement ; un seul se rapporte à une perforation produite pendant la période d'état de la dothiénentérie. On voit donc l'importance qu'acquiert le stade de la fièvre typhoïde où survient la perforation sur le pronostic de l'intervention.

Les faits montrent, en outre, la nécessité d'une opération précoce.

La mort, dont nous avons vu la fréquence, survient du fait de la continuation de la péritonite à laquelle s'ajoute l'intoxication générale antérieure, ou par suite de la production de perforations nouvelles.

La laparotomie doit être conduite rapidement. L'incision sera en général faite sur la ligne médiane, la perforation obturée avec deux ou trois plans de suture, la cavité péritonéale lavée et drainée.

Bien que les résultats de la laparotomie ne soient pas très encourageants, surtout dans les cas de fièvre typhoïde à la période d'état, il faut y recourir toutes les fois que le malade semble capable de supporter l'opération, car c'est le seul moyen qu'on ait de le sauver.

Cancer latent de l'intestin. — *Bull. Société anatomique*, 3 février 1893, p. 97.

(1) Le nombre des cas de laparotomie pour perforation typhique serait, d'après quelques statistiques, plus considérable que celui que nous indiquons : mais plusieurs cas notés comme concernant des perforations typhiques sont sujets à caution, et nous avons cru préférable de les éliminer, tout en en donnant un résumé (*Cette remarque se rapporte à l'époque où notre travail a été publié*).

(2) 77, 5 p. 100, si l'on compte les cas dans lesquels les renseignements sont incomplets.

Exclusion de la plus grande partie de l'intestin pour un anus contre nature. — Rapp. par M. F. Legueu. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 3 juin 1903, t. XXIX, p. 610.

L'intérêt de cette observation réside dans l'étendue considérable d'intestin qui fut exclue : la portion d'intestin, conservée pour la circulation des matières ne comprenait, en effet, que 80 à 90 centimètres d'intestin grêle, la moitié du côlon transverse, le côlon descendant, le côlon iliaque et le rectum. Cette exclusion est la plus étendue qui ait été réalisée jusqu'ici. L'opérée a retiré un grand bénéfice de l'opération : l'amaigrissement s'est arrêté et le poids a rapidement augmenté. Les selles restent fétides et fréquentes. Au niveau de l'ancien anus contre nature persiste une fistule intestinale, non stercorale, qui devra être obturée ultérieurement.

De la périsigmoïdite. — Discussion à la *Soc. méd.-chir. du Nord*, 1906, p. 91.

La périsigmoïdite n'est pas toujours de la périsigmoïdite vraie. L'appendicite peut déterminer dans la fosse iliaque gauche des phénomènes inflammatoires qui la simulent.

La dénomination de périsigmoïdite doit, comme je l'ai proposé au sujet de l'appendicite, être réservée à l'inflammation du péritoine qui entoure l'S iliaque et à celle du péritoine voisin, consécutivement à la sigmoïdite. L'inflammation du tissu cellulaire de la fosse iliaque, consécutive à une sigmoïdite, est une *parasigmoïdite*.

Appendice iléo-cæcal.

L'Appendicite (En collaboration avec M. Ch. Monod). — Un vol. de l'Encyclopédie scientifique des *Aide-memoire*, 1897.

Cette monographie a été écrite dans un but didactique. Il nous a semblé, en effet, que nous ferions ainsi œuvre utile à une époque

où le grand nombre des travaux publiés, les opinions diverses et souvent contradictoires, rendaient complexe et difficile l'étude des accidents liés à l'inflammation de l'appendice.

L'accord étant loin d'être établi sur certains points, nous avons été amenés, en nous appuyant sur les nombreux faits qu'il nous a été donné d'observer, à discuter et à essayer de résoudre quelques questions en litige.

C'est ainsi que l'étude de la pathogénie de l'affection nous a conduits à admettre : 1° des appendicites consécutives à une affection des voies digestives (appendicites par propagation) ; 2° des appendicites de cause locale (appendicites par cavité close due à un calcul stercoral, un corps étranger quelconque, une torsion, un étranglement, une sténose acquise ou congénitale de l'appendice) ; 3° des appendicites de cause générale.

En ce qui concerne la thérapeutique de l'appendicite, nous nous sommes déclarés éclectiques et nous avons estimé, contrairement à l'avis d'un certain nombre de médecins et de chirurgiens, qu'il n'existe pas qu'un seul mode de traitement de cette affection et que traitement médical ou traitement chirurgical doivent être employés de préférence suivant les circonstances.

Etat actuel de la question du traitement de l'appendicite. — *Nord méd.*, 1er avril 1903, p. 75.

J'ai essayé dans ce court travail de résumer la discussion de la Société de chirurgie et d'établir, d'après celle-ci, les règles qui doivent diriger la conduite du chirurgien pendant la crise d'appendicite aiguë.

Péri-appendicite suppurée. Perforation. Péritonite généralisée.
Bull. Société anatomique, 22 février 1895, p. 137.

Il s'agit d'un cas de péritonite généralisée consécutive à la perforation d'un abcès péri-appendiculaire. Cette perforation fut probablement due aux contractions intestinales déterminées par l'ingestion d'un purgatif.

Appendicite à répétition. Perforation de l'appendice à la troisième attaque ; péritonite généralisée. — *Bull. Société anatomique*, 17 avril 1899, p. 280.

Cette péritonite généralisée survenue dans une troisième attaque d'appendicite, à la suite de la perforation de l'appendice dans la grande cavité péritonéale, montre l'impossibilité de porter un pronostic de moins en moins grave d'après la répétition des poussées appendiculaires, et la nécessité d'enlever l'appendice en dehors des crises quand on constate cliniquement la persistance de lésions au niveau de cet organe.

Appendicite avec phénomènes péritonitiques très marqués. Traitement médical. Guérison (in thèse de Lamothe, Lille, 1899, p. 13).

Appendicite toxique. Ouverture d'un abcès péri-appendiculaire. Mort (*ibid.*, p. 24).

Péritonite généralisée d'origine appendiculaire. Laparotomie sans ablation de l'appendice : guérison. Rechute ; laparotomie avec ablation de l'appendice : mort. — *Nord méd.*, 1902, p. 110.

Je soulève à propos de cette observation la question délicate de la conduite à tenir vis-à-vis de l'appendice au cours d'une laparotomie pour péritonite généralisée d'origine appendiculaire.

Le désir de ne pas compliquer et prolonger l'opération chez un individu affaibli conduit à négliger l'appendice quand celui-ci est enfoui dans des adhérences. La crainte de la rechute pousse, au contraire, le chirurgien à enlever l'organe malade.

Je conclus avec quelques réserves à l'adoption de l'appendicectomie systématique, d'autant plus qu'en cas de péritonite généralisée, on ne s'expose pas — comme en cas d'abcès enkysté — à la dissémination de l'infection (qui est déjà généralisée à tout le péritoine).

L'ablation systématique de l'appendice dans la péritonite généralisée d'origine appendiculaire. — *Nord méd.*, 1906, p. 77.

Un second cas, analogue au précédent, que j'eus l'occasion d'observer m'a conduit à conseiller l'ablation systématique de l'appendice dans la péritonite *généralisée* d'origine appendiculaire.

Abcès rétropéritonéal et antérénal d'origine appendiculaire. Incision et drainage. Ouverture secondaire de l'abcès dans le bassinet; fistule urinaire. Guérison. Remarques sur le drainage du bassinet par la sonde urétérale. — *Annales de la Soc. belge de chir.*, 28 mai 1904.

Le bassinet étant largement ouvert au niveau des lombes, je pus me rendre compte que la sonde urétérale introduite par les voies naturelles le drainait d'une façon parfaite.

Du diagnostic différentiel de l'étranglement interne et des diverses formes de l'appendicite. — *Bulletin de la Soc. centrale de méd. du département du Nord*, 1899.

L'appendicite sous toutes ses formes peut simuler l'étranglement interne, qu'il s'agisse d'appendicite avec péritonite généralisée, d'appendicite avec tuméfaction iliaque, d'appendicite simple sans tuméfaction iliaque. Même en ce dernier cas, dont j'ai observé un exemple et dans lequel le diagnostic présente certaines difficultés, on peut éviter l'erreur en se basant principalement sur l'existence d'une défense musculaire et d'une hyperesthésie cutanée localisées à la fosse iliaque droite dans l'appendicite.

De la prédominance des symptômes à gauche dans l'appendicite (En collaboration avec M. Termet). — *Gazette des hôpitaux*, 9, 11, 16 et 29 mars 1897).

Ayant eu l'occasion d'observer plusieurs faits d'appendicite dans lesquels les symptômes douloureux et réactionnels étaient surtout ou uniquement développés dans la partie gauche de l'abdomen, nous avons constaté que l'attention n'avait guère été appelée de ce côté. De l'étude des 18 cas que nous avons trouvés disséminés dans la littérature médicale, nous avons tiré les conclusions suivantes :

Les raisons de la prédominance des signes à gauche sont de plusieurs ordres ;

Dans certains cas il s'est développé un abcès péri-appendiculaire à gauche, soit que le cæcum siège à gauche par suite d'une inversion ou d'un arrêt de migration, soit quo, naissant à droite, l'appendice se prolonge anormalement de l'autre côté, s'y enflamme ou s'y perfore.

Dans un second ordre de faits l'inflammation atteint un appendice normalement situé, et, bien qu'un abcès se soit développé autour de lui, il peut en exister un autre du côté gauche.

Il peut s'agir enfin d'une péritonite généralisée dont le maximum des lésions siège à gauche.

Dans quelques cas la cause de la prédominance des symptômes à gauche reste inconnue.

On comprend sans peine les difficultés du diagnostic dans ces cas complexes. Dans la majorité des faits heureusement elles n'auront pas d'influence fâcheuse sur la conduite à tenir. En présence d'une péritonite généralisée d'origine quelconque, le seul traitement consiste à pratiquer la laparotomie, médiane ou latérale. Si les symptômes sont localisés à gauche, on incisera en ce point et l'on se comportera comme dans toute ouverture d'abcès péritonéal circonscrit.

L'appendicite chronique pure (Revue générale). — *Nord méd.*, 1900, p. 1.

Appendicite pendant les suites de couches. — In A. Dupuis, *L'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité.* Thèse de Lille, 1900, obs. XXVI.

Hernie de l'appendice. — In Lequetre, *Des hernies de l'appendice iléo-cæcal.* Thèse de Lille, 1904, obs. LXXII.

Du traitement des abcès pelviens d'origine appendiculaire. Avantage de l'incision vaginale (En collaboration avec le M. Dr Ch. Monod). — *Arch. gén. de méd.*, 1808, vol. II, p. 513.

L'abcès pelvien d'origine appendiculaire peut se présenter dans deux conditions différentes : A. Il accompagne et complique un abcès péri-appendiculaire situé dans la fosse iliaque ; — B. Il existe seul et est uniquement ou surtout pelvien.

A. — Dans le premier cas on fera l'incision iliaque, classique, qui permettra d'évacuer la collection abdominale principale. Le foyer pelvien sera ouvert et drainé par la même voie.

Si l'on craint que le drainage de l'abcès pelvien soit insuffisant, on pratiquera, s'il s'agit d'une femme adulte et même d'une jeune fille, une contre-ouverture vaginale et un drainage abdomino-vaginal. C'est parfois dans un second temps opératoire et en présence du mauvais résultat donné par l'incision sus-pubienne qu'on aura recours à la voie vaginale.

B. — Dans le second cas c'est l'incision vaginale qui doit être préférée, quand elle est praticable.

La voie rectale n'est qu'un pis-aller qu'il faut réserver aux cas où l'ouverture spontanée par le rectum est imminente.

S'il s'agit d'un homme ou d'une petite fille, on est obligé d'aborder l'abcès pelvien par la voie abdominale, en prenant la précaution de décoller le péritoine jusqu'au niveau ou au-dessous du détroit supérieur, avant de l'inciser. C'est dans ces conditions qu'on pourrait essayer l'incision ou la contre-incision et le drainage de la collection par la *voie ischio-rectale*, proposée par M. Aug. Pollosson d'après des recherches d'amphithéâtre.

Des difficultés qui résultent de la friabilité de l'appendice dans la résection de cet organe. De l'appendicectomie incomplète. — *Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. du Nord*, 1905, p. 24.

Dans les cas de fistule d'origine appendiculaire, on peut, quand la partie terminale de l'appendice est fortement adhérente à la paroi abdominale et quand cet organe se déchire, se contenter de réséquer la portion cæcale. Le reste de l'appendice s'atrophie et la guérison est obtenue.

Foie.

Deux cas de rupture du foie. — *Bull. Soc. anatomique*, 2 octobre 1896, p. 628.

L'un de ces cas concerne une rupture très étendue du foie, ayant

amené la mort par hémorragie en une heure et demie. Dans le second la mort ne survint qu'au bout de vingt-quatre heures et aurait pu être évitée par une intervention précoce.

Rupture du foie. — *Bull. Soc. anatomique*, 12 mars 1897, p. 243.

Des ruptures du foie et de leur traitement. — *Archives générales de médecine*, 2 janvier 1897.

Les ruptures du foie ne sont graves que par leurs complications, dont la principale est l'hémorragie.

Leur diagnostic est parfois possible, mais souvent reste incertain pendant quelque temps. Le diagnostic des complications (hémorragie, péritonite, abcès du foie) est heureusement plus aisé.

Le traitement à instituer (abstention avec thérapeutique générale des contusions abdominales, ou intervention) devrait donc être basé sur l'existence ou l'absence de ces complications. Mais dans la pratique, le problème est plus complexe ; et, à la suite d'une contusion abdominale ou thoraco abdominale, on reste fréquemment dans le doute au sujet de l'existence des lésions viscérales, intestinales, hépatiques ou autres.

Nous appuyant sur l'analyse de 22 cas de laparotomie pour contusion du foie, dont nous donnons le résumé et le tableau, nous nous rangeons à l'opinion des partisans de l'intervention précoce et systématique dans toutes les contusions abdominales. Cette pratique, qui a donné d'excellents résultats, est d'autant plus autorisée qu'elle s'appuie sur l'innocuité de la laparotomie exploratrice faite aseptiquement et rapidement dans les cas de ce genre.

De la résection du rebord costal pour la cure chirurgicale des collections sus-hépatiques (En collaboration avec M. le Dr Ch. Monod). — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, mai-juin 1897, p. 499.

La résection extrapleurale du rebord costal permet, comme l'a montré M. le professeur Lannelongue, de découvrir largement la face

convexe du foie et de traiter les collections suppurées ou kystiques de cette région. M. Lannelongue avait pu ouvrir par cette voie quatre collections tuberculeuses sous-phréniques ; M. Pantaloni avait par le même procédé incisé un abcès de la face supérieure du foie. Dans un cas opéré par M. Charles Monod nous avons constaté tout le parti qu'on pouvait tirer de cette méthode dans l'ouverture des kystes hydatiques postéro-supérieurs du foie.

Nous avons à ce sujet fait quelques recherches cadavériques qui nous ont permis de donner une description simple et précise de cette intervention, qui comprend les temps suivants :

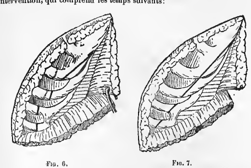


Fig. 6. Fig. 7.

1° Incision de la peau et des parties molles sous-cutanées, partant de l'angle xipho-costal et se terminant sur le rebord costal au niveau de la ligne axillaire antérieure.

2° Libération de la face antérieure du rebord costal.

3° Section des cartilages costaux et des côtes : huitième cartilage à 1 centimètre de l'articulation chondro-costale correspondante, neuvième et dixième côtes au niveau des neuvième et dixième articulations chondro costales ; écornement de l'angle arrondi formé par le septième cartilage costal (fig. 6).

Quand les articulations chondro costales ne sont pas visibles, la

résection costale doit être pratiquée suivant une ligne droite ou légèrement courbe à concavité supéro-externe, commençant au-dessus de l'extrémité antérieure du 8e cartilage et se terminant sur le bord inférieur du rebord costal au niveau de la ligne axillaire antérieure (fig. 7).

4° Désinsertion des muscles (transverse et diaphragme) qui s'insèrent à la face profonde du volet réséqué (fig. 8).

5° Section de la cloison formée par ces deux muscles.

6° Ouverture de la collection intra-hépatique après les précautions d'usage pour protéger la grande cavité péritonéale. Dans les cas de

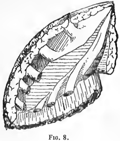


Fig. 8.

collections sus-hépatiques ce sixième temps se confond avec le cinquième.

La méthode de la résection extrapleurale du rebord costal est préférable : 1° à l'incision simple transpéritonéale ou abdominale de Landau, qui ne convient qu'aux lésions situées à la partie antérieure de la face convexe du foie ; 2° à la résection costale transpleuro-péritonéale d'Israël, qui entraîne nécessairement (sauf en cas d'adhérences pleurales) l'ouverture de la grande cavité pleurale.

Rate.

De la splénectomie. — Thèse de doctorat. G. Steinhoil, Paris, 1897 (1).

De la splénectomie. — Revue générale. *Gazette des hôpitaux*, 5 mars 1898.

En nous basant sur l'examen de 280 cas de splénectomie, dont 13 inédits, nous avons pu discuter, à propos des différentes lésions de la rate, les avantages et les inconvénients de la splénectomie et aboutir à des conclusions assez fermes que nous nous bornons à rappeler ici.

La suppression des fonctions de la rate ne présente aucun danger pour l'homme et pour les animaux. Il est probable, mais non démontré, que les ganglions lymphatiques et la moelle osseuse remplacent la rate au point de vue de l'hématopoïèse.

Les difficultés et accidents qu'on rencontre parfois au cours de la splénectomie sont presque toujours dus à l'existence d'adhérences périspléniques. Leur libération prolonge notablement l'acte opératoire et détermine fréquemment des hémorragies. Celles-ci se présentent dans certains cas (paludisme et surtout leucémie) avec des caractères graves d'abondance et d'incoercibilité. Aussi doit-on, en se basant sur ce fait, renoncer à enlever toute rate dont l'ablation paraît présenter des dangers sérieux et se contenter d'une exosplénopexie ou d'une laparotomie exploratrice dont l'influence peut être favorable. L'absence d'adhérences, que l'on reconnaît cliniquement par l'existence d'une mobilité plus ou moins considérable de la rate, et l'ectopie splénique constituent des facteurs très favorables à l'opération.

Les résultats que donne la splénectomie sont très encourageants, soit qu'elle supprime une rate blessée ou infectée, soit qu'elle enlève

(1) Thèse couronnée par la Faculté de médecine de Paris (médaille d'argent) et par la Société de Chirurgie (prix Marjolin-Duval).

un kyste ou une tumeur. On peut dire que lorsqu'elle est praticable, elle est supérieure à tous les procédés (ligature des vaisseaux spléniques, splénopexie, détorsion d'un pédicule tordu, exosplénopexie) qui ont été proposés pour la remplacer et dont les indications sont représentées par les contre-indications de l'intervention radicale.

Les lésions traumatiques (plaies, ruptures, hernies) de la rate ont longtemps été considérées comme relevant seules de la splénectomie.

Cette opération est plus rarement indiquée dans les suppurations spléniques.

Elle est l'intervention idéale dans les kystes simples ou hydatiques.

Elle est indiquée dans tous les cas où une splénomégalie paludique, source de troubles intenses, a résisté au traitement médical, et elle semble avoir un rôle favorable sur l'infection palustre elle-même.

Dans les autres tumeurs ou hypertrophies chroniques de la rate la splénectomie est susceptible de donner de bons résultats ; mais elle ne doit être entreprise que si elle ne semble pas faire courir de dangers sérieux au malade.

L'existence de la leucémie vraie la contre-indique d'une façon absolue, sauf, peut-être, au premier stade de l'affection. Dans ce dernier cas elle paraît capable de procurer quelque amélioration, mais jamais la guérison.

Le manuel opératoire ressemble à celui de l'ablation de toutes les grosses tumeurs abdominales. En raison de la hauteur souvent considérable du pédicule splénique, du volume des vaisseaux qu'il renferme et de la vascularisation des adhérences qu'on a pu déchirer, on prendra grand soin de pratiquer une hémostase sûre et complète au niveau de ce pédicule et de la loge splénique.

De la splénectomie dans le paludisme. — Discuss. à la *Soc. méd.-chir. du Nord*, 7 mars 1907.

Note bactériologique à propos des effets de la ligature expérimentale des vaisseaux spléniques (En collaboration avec M. le Dr Carrière). — *C. R. Soc. de biol.*, 25 mars 1899, p. 244.

A l'état normal, la rate du chien, du lapin et du cobaye renferme des espèces microbiennes variées. Fait important, les microbes qu'on peut isoler ont toujours une virulence nulle ou très atténuée.

Modifications histologiques du sang après la ligature expérimentale des vaisseaux spléniques (En collaboration avec M. le Dr Carrière). — *C. R. Soc. de biol.*, 29 décembre 1900, p. 1134.

Les effets de la ligature totale et de la ligature partielle des vaisseaux spléniques diffèrent absolument.

La ligature partielle ne produit qu'une très légère oligocythémie, une très légère diminution des hématoblastes, des petits lympbocytes et des grandes cellules mononucléaires sans granulations, ainsi que de l'hémoglobine.

La ligature totale produit une oligocythémie beaucoup plus persistante, une diminution plus marquée des hématoblastes, une leucocytose à myélocytes plus durable, avec diminution persistante des petits lympbocytes sans granulations et des grandes cellules mononucléaires.

Etude sur les lésions produites par la ligature expérimentale des vaisseaux de la rate (En collaboration avec M. le Dr Carrière). — *Arch. de méd. expérim. et d'anat. path.*, juillet 1899, p. 498.

Les lésions qui se produisent au niveau de la rate après la ligature de ses vaisseaux varient essentiellement suivant que cette ligature porte sur la totalité des vaisseaux ou sur quelques-uns d'entre eux.

1° *Ligature de tous les vaisseaux qui se rendent à la rate.*—La ligature de tous les vaisseaux spléniques s'obtient en liant en masse tout le pédicule splénique. La rate, privée de toute irrigation sanguine, présente des lésions variables : tantôt il s'agit d'une *dégénérescence des éléments cellulaires* constitutifs du parenchyme splénique, *sans*

altération de la trame, sans suppuration ; tantôt la rate a subi *la dégénérescence graisseuse* ; tantôt enfin — et c'est ce qu'on observe le plus souvent — elle présente une *transformation caséo-purulente.*

L'interprétation de ces lésions nous a paru être la suivante : aussitôt l'intervention opératoire, il s'établit un processus réactionnel, inflammatoire, qui aboutit à la constitution d'adhérences épiploïques. Dans la gangue cellulo-adipeuse la réaction se poursuit ; la rate, qui y est désormais emprisonnée, va jouer le rôle d'un corps étranger. De là : 1° afflux leucocytaire ; 2° néoformation capillaire ; 3° apparition des plasmazellen. En même temps le centre du parenchyme splénique se nécrose.

Les néocapillaires de la gangue cellulo-adipeuse ne tardent pas à se diriger vers la capsule et, par bourgeonnement, l'atteignent, la pénètrent et entrent ainsi dans le parenchyme splénique. En même temps, les phagocytes s'efforcent de pénétrer dans la rate. Une fois dans la place, les uns vont jouer le rôle de convoyeurs et se charger des débris cellulaires dégénérés ou des produits de destruction des globules rouges ; les autres vont s'organiser et constituer, avec les cellules du réticulum irritées et proliférées, une barrière de sclérose qui essaiera de limiter le flot montant de la transformation purulente.

2° *Ligature de quelques vaisseaux* (artère splénique ou ses branches terminales). — En ce cas c'est l'*atrophie simple de la rate par raréfaction des éléments cellulaires* qu'on observe. La rate continue à vivre ; mais elle végète.

De la ligature des vaisseaux spléniques dans les lésions hypertrophiques et dans les hémorragies de la rate (En collaboration avec M. le Dr Carrière). — *Rev. de gynécol. et de chir. abdominale*, 1899, n° 5, p. 883.

De la ligature des vaisseaux spléniques. — *14e Cong. franç. de chir.*, Paris, 1901, p. 186.

Cette opération n'a été exécutée que quatre fois : trois fois pour tumeur de la rate dans le but d'amener son atrophie, une fois pour une hémorragie splénique.

La plupart de ces observations sont malheureusement dépourvues d'intérêt.

I. Ligature atrophiante. — Cette ligature peut porter sur tous les vaisseaux de la rate ou sur quelques-uns d'entre eux seulement.

1° *Ligature de tous les vaisseaux de la rate.* — Cette ligature, *idéale*, est relativement facile à l'état normal ; elle devient plus difficile, mais elle est encore praticable, dans le cas d'hypertrophie splénique sans adhérences ou avec peu d'adhérences. La seule indication de cette ligature atrophiante étant l'existence d'adhérences importantes contre-indiquant la splénectomie, ce sont ces cas qu'il faut uniquement envisager. Or, dans ces conditions, la ligature de tout le pédicule splénique est particulièrement dangereuse. L'étude des résultats expérimentaux et des accidents consécutifs à la torsion du pédicule splénique, qui constitue une ligature spontanée du pédicule de la rate, doivent, à défaut de faits cliniques concernant directement cette question, faire rejeter cette opération qui n'est, en somme, qu'une intervention palliative.

2° *Ligature de quelques vaisseaux de la rate.* — Sans être toujours facile, cette ligature peut généralement être exécutée sans exposer l'opéré à trop de dangers. Les renseignements fournis par l'expérimentation font espérer que cette opération donnera des résultats favorables.

II. Ligature hémostatique. — Cette ligature ne constitue qu'un pis-aller dans les cas où, la plaie ou la déchirure de la rate étant trop importante pour qu'on puisse espérer arrêter l'hémorragie par l'emploi de moyens simples (tamponnement, sutures, etc.), les adhérences périspléniques, dues à une lésion antérieure de l'organe, contre-indiquent la splénectomie.

C'est à la ligature de l'artère splénique ou de quelques-unes de ses branches, et non à la ligature de tout le pédicule de la rate, qu'il faut recourir. En raison de la division de la rate en un certain nombre de départements artériels indépendants les uns des autres, la ligature d'une seule branche artérielle suffit à assurer l'hémostase d'une déchirure produite au niveau du territoire splénique que ce vaisseau irrigue.

Discussion sur la chirurgie de la rate. De la splénopexie. — *14e Cong. franç. de chir.*, Paris, 1901, p. 185.

La splénopexie présente sur la splénectomie l'avantage de conserver la rate ; mais elle est d'exécution plus complexe et d'efficacité moins certaine. La suppression de la rate ne présentant aucun inconvénient, je conclus nettement à la supériorité de la splénectomie sur la splénopexie.

Des voies d'accès sur la rate. Utilité de la résection extrapleurale du rebord costal pour faciliter dans certains cas la découverte de cet organe. — Rapport par M. Ch. Monod. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1903, p. 787.

L'accès du pôle supérieur d'une rate hypertrophiée est toujours malaisé quand celle-ci n'est pas flottante. Aussi l'hémostase du ligament phréno-splénique et de la partie supérieure du ligament pancréatico splénique constitue-t-elle le temps délicat et parfois pénible de la splénectomie.

Pour faciliter les manœuvres opératoires j'ai pensé qu'il y aurait avantage à recourir dans certains cas à la résection extrapleurale du rebord costal. J'ai pu me rendre compte à diverses reprises que cette résection augmentait d'une façon notable le champ d'accès sur la rate. L'opération doit être conduite suivant la technique que j'ai indiquée pour la découverte de la face supérieure du foie (Voy. p. 24 et fig. 6, 7 et 8).

Péritoine.

Péritonite tuberculeuse. Laparotomie. Inoculation tuberculeuse de la plaie. Eviscération spontanée. — In Recours, Thèse de Bordeaux, 1901, obs. XLIX.

Péritonite tuberculeuse. Laparotomie. Eviscération progressive sous l'influence d'une rupture des fils de suture, de la toux et du mauvais état des tissus. — *Ibid.*, obs. XLVI.

Opération de Talma pour ascite cirrhotique. Mort le 7e jour. *Echo méd. du Nord*, 1906, p. 554.

C. — Organes génito-urinaires

Rein.

Tuberculose du rein gauche. — *Bull. Société anatomique*, 12 mars 1907, p. 244.

Tuberculose suppurée du rein, ayant déterminé des hématuries abondantes et ayant amené la mort rapide malgré la néphrotomie.

Guérison d'une tuberculose du rein par transformation graisseuse totale de l'organe (En collaboration avec M. le Dr Macaigne). — *Bull. Soc. anatomique*, 7 mai 1897, p. 405, et 18 février 1898, p. 173.

Appareil génital de l'homme.

L'ectopie inguinale du testicule n'est pas due à l'absence du gubernaculum testis. — 19e *Cong. franç. de chir.*, 1906, p. 737.

Il existe des faits, dont le nombre doit être assez considérable, dans lesquels le testicule ayant subi sa migration normale dans les bourses ne possède pas de méso le rattachant aux enveloppes scrotales ; il n'est fixé que par sa continuité avec le cordon et est de ce fait très mobile. J'en ai observé deux cas au cours des cures radicales de hernie inguinale congénitale et ai pu en réunir trois autres dans un travail sur la torsion du testicule.

Dans les faits de ce genre le testicule est descendu dans les bourses malgré l'absence évidente du gubernaculum testis.

Si donc le gubernaculum possède normalement une portion scrotale — ce qui est douteux — il est certain que celle-ci n'est pas l'agent de descente du testicule dans les bourses et que son absence ne peut être la cause de l'ectopie testiculaire inguinale.

Torsion d'un testicule en ectopie. Éclatement de l'épididyme (En collaboration avec M. le Dr Macaigne). — *Bull. Soc. anatomique*, 1er avril 1898.

Sous l'influence de l'augmentation de pression intra-épididymaire, due à la stase veineuse, l'épididyme avait éclaté (fig. 9) et du sang s'était épanché dans le canal péritonéo vaginal.

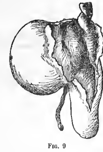


Fig. 9

La torsion du cordon spermatique (bistournage spontané). — *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, mars 1904, p. 401.

Ce travail, basé sur l'étude de 44 observations, est un exposé complet de la question de la torsion du cordon spermatique. Je n'insisterai ici que sur deux points — *évolution des lésions* et *traitement* — que j'ai plus spécialement étudiés et sur lesquels mes conclusions diffèrent de celles qui sont généralement adoptées.

1° Evolution des lésions. — Les lésions orchi épididymaires consécutives à la torsion du cordon aboutissent fatalement à la gangrène, disent les auteurs. Ce mot de « *gangrène* » est presque tou-

jours pris dans le sens de « *putréfaction* », c'est-à-dire de « *gangrène septique* ». — De l'étude des observations, des expériences de Chauveau et des miennes il résulte que, contrairement à l'opinion généralement admise, la gangrène épididymo testiculaire qui succède à la torsion du cordon est aseptique et que les organes mortifiés sont parfaitement tolérés par les tissus. Exceptionnellement, sous l'influence d'une infection venue du dehors ou d'une région quelconque de l'organisme, la gangrène primitivement aseptique devient septique et l'élimination du testicule s'ensuit.

2° **Traitement.** — L'opinion classique est que, en dehors de certains cas où l'on réussit à détordre le testicule par manœuvres externes, il faut procéder à une intervention sanglante. Si le testicule ne semble pas gangrené ou menacé de gangrène et si sa coloration foncée disparaît par la détorsion du cordon, il faut le conserver ; si, au contraire, sa vitalité semble menacée, on doit le sacrifier.

Ces règles nous paraissent absolument insuffisantes. La principale objection que l'on peut faire au mode de conduite que nous venons d'exposer est qu'il est impossible de se rendre compte de l'état du testicule par le seul examen de sa surface et de sa consistance. Le changement de coloration de cet organe sous l'influence de la détorsion du cordon n'a qu'une valeur très relative à ce point de vue. Nous n'en voulons pour preuve que les résultats obtenus par cette détorsion dans les cas où ce changement de coloration fut constaté : toujours le testicule se gangrena.

Il faut, à notre avis, distinguer complètement les cas où *le testicule est en ectopie* et ceux où *il est dans les bourses*.

A. — Le testicule est en ectopie. — Trois considérations doivent nous guider : 1° le testicule était de valeur fonctionnelle douteuse avant la production de la torsion ; 2° le diagnostic est rarement d'une certitude absolue et le chirurgien conserve quelques doutes sur la possibilité d'une hernie étranglée ; 3° l'existence d'une ectopie testiculaire constitue par elle-même une indication à l'intervention (celle-ci étant destinée à abaisser le testicule ou à l'enlever si cet abaissement est impossible). Les deux dernières considérations entraînent la nécessité d'une intervention, intervention hâtive en rai-

son de la possibilité de l'étranglement herniaire ; la première et la troisième nous permettent de sacrifier le testicule sans arrière-pensée si ce sacrifice nous semble présenter des avantages.

On mettra donc à nu le testicule par une incision intéressant la paroi antérieure du canal. Si les accidents datent d'un temps assez long — qu'il est actuellement impossible de fixer, mais que provisoirement nous estimerons à 24 heures — on pratiquera d'emblée la castration.

S'ils sont plus récents, on commencera par pratiquer la détorsion. Sous l'influence de celle-ci, la coloration du testicule devient moins foncée ou ne change pas. En ce dernier cas la castration est indiquée. Si, au contraire, on observe un changement de coloration, on a le droit de tenter l'abaissement du testicule dans les bourses et, quand cet abaissement est d'exécution facile, de conserver l'organe. L'impossibilité de descendre celui-ci entraîne la nécessité de la castration.

On voit que dans les cas où le testicule est en ectopie c'est presque toujours à la castration qu'il faut recourir.

B. — Le testicule est dans les bourses. — Les conditions ne sont plus les mêmes que dans le cas précédent. Ici, en effet, le testicule doit être considéré comme étant de valeur fonctionnelle normale avant la production de la torsion. Quant au diagnostic, il est beaucoup plus facile : on peut toujours éliminer la possibilité de la hernie étranglée.

Si l'on est appelé dans les heures qui suivent la production de la torsion, il faut s'efforcer de réduire celle-ci par des manœuvres externes. Si l'on n'y parvient pas, on doit procéder de suite à l'incision des plans qui recouvrent le testicule et pratiquer la détorsion. On verra presque toujours dans ces conditions la coloration de l'organe devenir plus claire. Cette constatation faite — mais à cette condition seulement — on aura le droit de conserver le testicule.

Quand la torsion date de plus de 24 heures, les fonctions du testicule doivent être considérées comme perdues. Faut-il dans ces conditions procéder à une intervention ? Nous ne le pensons pas. Quelle sera, en effet, cette intervention ? La détorsion du cordon ou la cas-

tration. La deuxième assure la disparition des accidents ; la première ahoutit soit à l'atrophie, soit à l'élimination du testicule. En adoptant la détorsion, on court donc la chance de garder au malade un testicule *moral* ; mais il est prohable que ce résultat ne sera pas obtenu et que l'organe sphacélé s'éliminera. Pour nous, l'intervention sanglante, qu'elle ahoutisse à la détorsion ou à la castration, est à rejeter et l'ahstention est préférahle. Avec l'ahstention, en effet, on garde presque sûrement au malade un testicule *moral* qui sera bien supporté par les tissus. Ce n'est qu'exceptionnellement, à la suite de phénomènes d'inflammation bien nets et prolongés, que l'on devra se résoudre à intervenir et à enlever le testicule.

Prothèse testiculaire. — Deux observations in thèse de Veuillac, *Etude sur la prothèse testiculaire*, Paris, 1899, n° 657.

Dans un premier cas, je plaçai dans les hourses, après castration pour tuherculose orchi-épididymaire, un testicule en *aluminium* qui fut très hien supporté par les tissus.

Dans un second cas, j'eus l idée, avec mon collègue Pasteau, d'employer un testicule en *caoutchouc durci*, qui, par son poids et sa consistance, rappelait ahsolument un testicule normal. Malheureusement notre intervention fut suivie d'échec : la plaie s'infecta et on dut enlever l'appareil prothétique. Mon maître, M. Arrou, utilisa plus tard un testicule de même nature et obtint un succès complet.

Étiologie et pathogénie des orchi-épididymites aiguës et en particulier des orchi-épididymites d'origine urétrale et non blennorragiques (En collaboration avec M. Macaigne). — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, août 1899, p. 673.

Le traumatisme (choc direct, effort) ne joue qu'exceptionnellement le rôle d'une cause déterminante dans la pathogénie de orchi-épididymites.

La pathogénie des orchites de cause générale et diathésiques est assez mal connue pour la plupart d'entre elles. Quelques-unes de ces orchites semhlent être d'origine urétrale, au moins dans certains cas (orchi-épididymites typhique et ourlienne).

L'infection ascendante d'origine urétrale est la cause de beaucoup la plus fréquente des orchi-épididymites.

Les urétrites dites traumatiques, gonococciques, non gonococciques (vénériennes ou non vénériennes) se compliquent en effet, fréquemment d'inflammation orchi-épididymaire. Le groupe des orchi-épididymites d'origine urétrale et non gonococciques augmentera certainement quand on prendra soin d'examiner au point de vue bactériologique le muco-pus des urétrites, considérées *a priori* et parfois à tort comme gonococciques. C'est ainsi que nous avons observé un cas d'urétrite à bacille de Friedlander, compliquée d'épididymo funiculite suppurée, due au même microbe.

Le micro-organisme de l'orchi-épididymite peut être différent de celui de l'urétrite initiale. Il semblerait, d'après les recherches d'Hugonencq et Eraud, que l'épididymite dite gonococcique ne fût pas due au gonocoque, mais à un microbe spécial, l'orchiocoque.

Observation de cancer du testicule. — In JUNIEN-LAVILLAUROY, *Contribution à l'étude anatomique des carcinomes du testicule.* Thèse de Paris, 1898.

D. — OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Ascite congénitale et dystocie fœtale consécutive (En collaboration avec M. RAMOND). — *Bull. Soc. anatomique*, 29 février 1896, p. 152.

L'ascite fœtale (En collaboration avec M. RAMOND). — *Revue d'obstétrique et de pédiatrie*, mai-juin 1896, p. 146.

L'ascite congénitale est une affection rare qui peut être une cause de dystocie fœtale. C'est au moment où le tronc doit être expulsé que la descente du fœtus s'arrête ; et, quand l'ascite est abondante, l'expulsion ne se terminera que si l'on ponctionne l'abdomen distendu.

La pathogénie de l'ascite fœtale est encore très obscure. Tantôt l'ascite est accompagnée d'épanchements séreux des plus variables,

soit chez la mère et le fœtus, soit chez le fœtus seulement; tantôt elle existe seule à l'exclusion de toute hydropisie. Dans ce dernier cas on a trouvé et considéré comme cause de l'ascite une lésion des reins, du péritoine, du foie (hépatite syphilitique, cirrhose atrophique). Nous avons observé une ascite fœtale pure coexistant avec une cirrhose hypertrophique non syphilitique, que nous avons rattachée à une origine infectieuse ou toxique.

De la dilatation digitale, extemporanée du col de l'utérus. — *Echo méd. du Nord*, 17 septembre 1899, p. 450.

A défaut de dilatateur à branches ou de bougies d'Hégar, on peut dilater extemporanément le col de l'utérus à l'aide du doigt, pourvu que l'orifice externe soit entr'ouvert. Le doigt, auquel on imprime des mouvements de propulsion et de rotation, agit comme une bougie d'Hégar et détermine une dilatation suffisante pour permettre l'examen digital de la cavité utérine ou le passage d'une curette.

Importance du pincement du col dans l'injection intra-utérine. *Nord méd.*, 1904, p. 210.

Le pincement d'une des lèvres — de préférence la lèvre antérieure — du col permet de fixer l'utérus et de redresser par une légère traction l'axe de celui-ci s'il existe une flexion.

La pénétration de la sonde est de ce fait considérablement facilitée et l'on évite de commettre la faute fréquente qui consiste à n'engager la sonde que jusqu'à l'orifice interne du col ou jusqu'à l'angle de flexion.

Le drainage de l'utérus puerpéral infecté. — Discuss. à la *Soc. méd.-chir. du Nord*, 1905, p. 55.

La mèche de gaz draine mal. Il faut utiliser un tube de caoutchouc ou un tube métallique.

Contribution à l'étude du curettage utérin dans les rétentions placentaires. — *Echo méd. du Nord*, 22 janvier 1899, p. 37.

Etude basée sur seize observations.

La conclusion est que le curettage pour rétention placentaire, complète ou incomplète, avec ou sans infection, est une opération très efficace, simple, bénigne si elle est pratiquée dans de bonnes conditions d'asepsie, avec les précautions nécessitées par l'état de ramollissement du muscle utérin.

Fibrome sous-péritonéal pédiculé de l'utérus et hématocèle rétro-utérine. — *Bull. Société anatomique*, 13 décembre 1896, p. 753.

C'est probablement à la présence du fibrome implanté sur une corne de l'utérus qu'a été dû dans ce cas le développement de la grossesse extra-utérine.

Coexistence d'un fibrome utérin et d'un kyste du ligament large. — Suppuration du fibrome. — Rapport par M.E. Potherat. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1903, p. 1119.

Sous l'influence de l'infection qui s'était localisée dans l'espace séparant l'une des masses fibromateuses de sa capsule, la tumeur avait augmenté rapidement de volume et le diagnostic de sarcome avait été posé.

Fibrome développé dans la portion postéro-inférieure de l'utérus. Grossesse. Engagement de la tête d'abord empêché par le fibrome qui remonte ensuite ; inertie utérine ; forceps. Ablation ultérieure du fibrome par incision du cul-de sac vaginal ; guérison. Nouvelle grossesse. — In Bué, 4 observations de tumeurs fibreuses de l'utérus, compliquant la grossesse et l'accouchement, *L'Obstétrique*, 1903, p. 411 (Obs IV).

Des indications de l'hystérectomie abdominale totale. — Revue générale. — *Gaz. des hôp.*, 3 et 19 décembre 1898, p. 1273 et 1392.

Drainage de la cavité pelvienne à travers le col utérin dans les infections consécutives à l'hystérectomie abdominale subtotale. — *4e Congrès national périodique de gyn.*, Rouen, 8 avril 1904.

Épithéliome polykystique bilatéral de l'ovaire Rétention d'urine due à la compression de l'urètre par une des tumeurs développées dans la cavité pelvienne. — *Bull. Société anatomique*, 24 juillet 1896, p. 502.

Volumineux épithélioma massif de l'ovaire chez une jeune fille présentant une atrophie extrême des organes génitaux internes. — In DANEL, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1905, p. 49.

Deux cas de kyste dermoïde de l'ovaire : 1° kyste bilatéral ; 2° volumineux kyste développé chez une femme âgée. — *Bull. Société anatomique*, 16 octobre 1896, p. 642.

Le premier cas se distingue par la bilatéralité des lésions et par la situation médiane des kystes, l'un en avant, l'autre en arrière de l'utérus.

Le second concerne un kyste développé chez une femme de 57 ans et renfermant environ dix litres de liquide.

La torsion des kystes du parovaire. — *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1905, 2e s., t. II, p. 78-107.

La torsion des kystes du parovaire est une complication exceptionnelle de ces tumeurs. Nous n'avons pu en réunir que 16 cas, dont un personnel. Cette rareté s'explique par ce fait que les kystes parovariens ne présentent pas d'ordinaire un pédicule qui permette la torsion.

Les lésions consécutives à la torsion dépendent de l'intensité de la striction des éléments du pédicule et sont semblables à celles que l'on observe à la suite de la torsion des kystes de l'ovaire.

La torsion d'un kyste parovarien détermine en général l'apparition brusque d'une douleur violente, parfois atroce, dans l'abdomen. Puis apparaissent des vomissements, du ballonnement du ventre, une accélération du pouls. La température reste normale ou s'élève légèrement.

Les phénomènes aigus persistent quelques jours, puis diminuent

progressivement. Mais le ventre reste sensible et le moindre attouchement au niveau du kyste réveille des douleurs.

Certaines torsions peu serrées peuvent ne déterminer que des troubles légers ou même nuls.

L'évolution, le diagnostic et le traitement de la torsion des kystes parovariens ne présentent aucune particularité à signaler; ils sont semblables à ceux des kystes de l'ovaire.

Remarques sur la pathogénie du décubitus acutus post-opératoire. — Rapport par Picqué.— *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1904, p. 355 ; et *Gaz. des hôp.*, 1904, p. 361.

J'ai réuni dans ce mémoire toutes les observations de décubitus acutus post-opératoire qui ont été publiées jusqu'ici et j'en ai rapporté trois inédites. Contrairement à l'opinion généralement admise, je conclus que la théorie de l'irritation des nerfs pelviens ne peut s'appliquer à tous les cas et que pour quelques-uns au moins l'insuffisance de vitalité des tissus, spéciale à certains individus, semble devoir être mise en cause.

E. — Thorax.

Luxation sterno-claviculaire en avant. — Fracture des sept premiers cartilages costaux. — In Dhotel, *Les fractures des cartilages costaux et la disjonction chondro-costale*, Thèse Lille, 1903.

Luxation de l'extrémité antérieure du 10e cartilage costal. *Gaz. des hôp.*, 1907, p. 30.

Squirrhe à noyaux disséminés intramammaires. — *Bull. Société anatomique*, 11 décembre 1896, p. 882.

Epithélioma dendritique du rein. — *Bull. et Mém. de la Soc. méd. chir. du Nord*, 1906, p. 94.

Cancer (squirrhe) d'une glande mammaire accessoire. *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, 1906, p. 609.

Fibro-sarcome du tissu cellulaire sous-cutané de la paroi thoracique. — *Bull. Société anatomique*, 13 novembre 1806, p. 758.

F. — Membres.

Autopsie du double pied bot varus équin d'un fœtus de 8 mois (En collaboration avec M. Fernand Monod). — *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 18 octobre 1800, p. 1002.

La dissection de ce pied-bot nous a montré qu'il s'agissait en somme d'une subluxation du scapboïde sur l'astragale par exagération du varus physiologique. Cette luxation fut consécutive à une contracture des jambiers ou à une paralysie de leurs antagonistes. La moelle épinière présentait des lésions très nettes.

Cette subluxation avait déterminé, au niveau de l'astragale surtout, des déformations osseuses telles que la réduction n'aurait pu être obtenue qu'à l'aide d'une opération s'attaquant au squelette ou aux ligaments.

Etude expérimentale de l'action de la thyroïdine dans la consolidation des fractures (En collaboration avec M. le Dr Carrière). — *C. R. de la Soc. de Biol.*, 2 juin 1900, p. 535.

Etude clinique et expérimentale sur l'action de la thyroïdine dans la consolidation des fractures (En collaboration avec M. le Dr Carrière). — *Bull. de la Soc. centrale de méd. du Nord*, 1900, p. 201, et *Echo méd. du Nord*, 1900, p. 283.

De l'examen de vingt-cinq observations recueillies dans la littérature médicale il résulte que la question de l'opothérapie thyroïdienne dans la consolidation des fractures récentes ou anciennes est encore très obscure. Deux points seuls restent acquis : c'est d'abord

que le traitement thyroïdien donne dans certains cas des résultats surprenants, « foudroyants » ; c'est ensuite qu'il échoue complètement dans d'autres. La cause de cette variabilité d'action est actuellement inconnue.

Nous avons recherché l'action de la thyroïdine sur la consolidation des fractures produites expérimentalement chez les animaux. De deux séries d'expériences il ressort très nettement que chez le lapin l'administration de la thyroïdine ne hâte en aucune façon la consolidation des fractures.

Corps thyroïde et fractures. De la consolidation des fractures chez les hypothyroïdiens. — *Bull. de la Soc. centrale de méd. du Nord*, 1901, p. 19, et *Nord méd.*, 1901, p. 10.

Etude entreprise pour tâcher d'élucider le rôle du corps thyroïde dans la consolidation des fractures. On peut, en effet, se demander, avec Hertoghe et Gauthier, si l'atrophie du corps thyroïde (hypothyroïdie) n'entraîne pas un retard dans la consolidation des fractures. Or, de l'enquête que nous avons entreprise auprès des médecins d'asiles d'aliénés et de colonies d'idiots et de chirurgiens exerçant dans les pays à goître (enquête qui repose sur 37 réponses), il résulte : 1° que les fractures sont rares chez les hypothyroïdiens ; 2° que les fractures semblent se consolider chez eux d'une façon normale.

Quelques considérations sur le traitement de la luxation sus-acromiale de la clavicule. — *Bull. de la Soc. centrale de méd. du département du Nord*, 1890, p. 431, et *Echo méd. du Nord*, 1899, p. 625.

Quatre observations de luxation sus-acromiale de la clavicule.
In thèse de Bouchet, Paris, 1900.

De l'étude de quatre cas personnels de luxation sus-acromiale de la clavicule je conclus que le massage donne d'excellents résultats dans le traitement de cette affection. Il est toutefois incapable de faire disparaître la déformation et il est contre-indiqué dans les cas de luxation complète.

L'intervention sanglante doit être exécutée de la façon suivante : incision longeant le bord antérieur de la clavicule et de l'acromion, ablation des cartilages articulaires, perforation des os à une certaine distance des extrémités osseuses, emploi de fil très solide. Après l'opération, il ne faut immobiliser l'épaule que très peu de temps.

Luxation scapulo-humérale compliquée de fractures multiples de l'extrémité supérieure de l'humérus. Résection de la tête humérale. Résultat fonctionnel excellent. — In Le Bras, *Du traitement des luxations de l'épaule compliquées de fracture du col chirurgical de l'humérus.* Thèse Lille, 1904.

Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. — *Bull. Société anatomique*, 13 novembre 1896, p. 757.



Fig. 10.

Le fragment inférieur comprend l'épitrochlée, la trochlée et le condyle (fig. 10).

Deux cas de luxation du coude : luxation en dedans ; luxation avec torsion. — *Bull. et Mem. de la Soc. méd.-chir. du Nord*, 1905, p. 42.

Main bote radiale par fracture de l'avant-bras. Ramollissement d'un cal de fracture ancienne à la suite de la décalcification osseuse consécutive à une fracture récente. — *Bull. et Mém. de la Soc. med.-chir. du Nord*, 1907, p. 12.

Comme on le voit sur la radiographie, la déviation de la main en



Fig. 11

dehors n'est pas due à la fracture de l'extrémité inférieure du radius, mais à une fracture des deux os de l'avant-bras, à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen, avec déplacement plus marqué au niveau du radius. Le cal de cette seconde fracture, qui était ancienne (25 ans) et qui s'était consolidée en bonne position, se ramollit à la suite de la fracture de l'extrémité inférieure du radius et permit le déplacement notable que montre la radiographie (fig. 11).

Luxation métacarpo-phalangienne incomplète du pouce en avant. Réduction facile, mais instable. Arthrotomie et réduction. — *Bull. et Mém. de la Soc. anatomique*, Paris, 1906, p. 182.

De l'intervention sanglante (sous-cutanée et à ciel ouvert) dans les luxations métacarpo-phalangiennes en arrière. — *Ann. de la Soc. belge de chir.*, 1906, p. 339.

Fracture de la phalange consolidée avec interposition des tendons fléchisseurs. — *Ann. de la Soc. belge de chir.*, 1906, p. 343.

La consolidation s'était faite entre les deux fragments qui se trouvaient en contact sur une petite étendue. Je dus réséquer une partie de l'épaisseur de la phalange pour libérer ces tendons.

Fracture extra-capsulaire du fémur chez une femme de 76 ans traitée par l'appareil de Hennequin. — *Bull. Société anatomique*, 9 avril 1897, p. 334.

Cette fracture, qui, suivant la classification habituelle, devrait être rangée dans la variété des fractures mixtes, était en réalité extra-capsulaire puisque le foyer de fracture était séparé de l'articulation par les fibres récurrentes de la capsule.

Fracture sus-malléolaire consolidée. Développement ultérieur d'une arthrite du cou-de-pied et d'une ostéite de la partie inférieure des os de la jambe. — Syphilis et tabes (fig. 12). — *Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. du Nord*, 1905, p. 6.



Fig. 12.

Fracture sus et inter-condylienne du fémur traitée par l'appareil de Hennequin (fig. 13). — *Bull. Société anatomique*, 22 mai 1896, p. 379.

Nous avons pu constater à l'autopsie de ce malade, mort de bron-

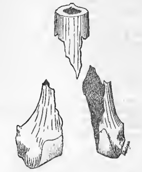


Fig. 13.

cho-pneumonie, que la réduction et la contention des fragments de la fracture étaient parfaites.

Luxation médio-tarsienne en bas et en dehors (En collaboration avec M. le Dr Paucot). — *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1905, p. 60.

La luxation médio-tarsienne — *Rev. d'orthopédie*, janv. 1907, p. 21.

La luxation médio-tarsienne — luxation de l'articulation de Chopart — est une lésion rare, du moins si l'on s'en rapporte au petit nombre de cas publiés. Mais il est probable que cette extrême rareté n'est qu'apparente et que, grâce à la radiographie, on reconnaîtra des luxations médio-tarsiennes que l'examen clinique ne permet pas de diagnostiquer.

D'après les neuf observations (dont une personnelle) que j'ai pu recueillir dans la littérature médicale, il m'a été possible d'esquisser la description de cette luxation.

Le déplacement des os de la seconde rangée du tarse (scaphoïde

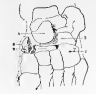


Fig. 14. — Cas de B. Anger et Thomas. — Vue antérieure des os dénudés des ligaments (A, astragale ; B, calcanéum ; C, cuboïde ; D, scaphoïde ; E, un fragment du scaphoïde).

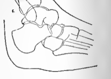
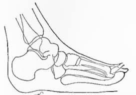


Fig. 15. — Cas de Durand et Destot. — Radiographie décalquée.



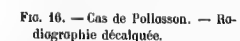


Fig. 16. — Cas de Pollosson. — Radiographie décalquée.

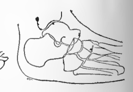


Fig. 17. — Cas de Vanverts et Paucot. — Radiographie décalquée.

et cuboïde) sur ceux de la première semble se faire toujours en bas — tantôt directement en bas, tantôt en bas et en dedans ou en bas et en dehors (fig. 14,15,16 et 17). A ce déplacement se combinent par-

fois une rotation de l'avant-pied autour d'un axe antéro-postérieur et une déviation de l'axe de l'avant-pied.

La distension et l'arrachement des ligaments médio-tarsiens s'expliquent dans la plupart des cas par le mouvement de flexion ou d'extension que détermine le traumatisme au niveau de l'articulation de Chopart et qui normalement ne peut se faire au niveau de cette articulation.

Le gonflement toujours considérable empêche d'ordinaire de déterminer la situation réciproque des os des deux rangées du tarse. Quand il a disparu, on peut arriver à reconnaître la saillie que font les extrémités antérieures du calcanéum et de l'astragale au niveau de la face dorsale du pied et celle que font les extrémités postérieures du scaphoïde et du cuboïde à la face plantaire.

Toutefois le diagnostic étant basé sur le seul examen clinique est d'ordinaire très difficile, surtout au début, c'est-à-dire à une époque où il est important de connaître l'état exact des lésions pour pouvoir intervenir avec chance de succès. La radiographie lève tous les doutes.

La réduction de la luxation semble devoir être facile quand le cas est récent et en s'aidant au besoin de l'anesthésie générale. Elle devient rapidement difficile ou impossible.

Ostéo-périostite consécutive à la fièvre typhoïde. Suppuration et séquestres. — In Van Remoortère, Thèse Lille, 1901, obs. I.

Un cas de mal perforant traité et guéri par l'élongation des nerfs. *Travaux de neurol. chir.*, 1899, p. 161.

Sur l'extirpation des gros anévrysmes du creux poplité. — *15e Cong. franç. de chir.*, 1902, p. 803.

Cette communication est basée sur un cas d'énorme anévrysme occupant toute la poplitée et une partie de la fémorale. L'intervention consista dans l'extirpation de la poche et de la veine adjacente ; elle fut suivie de guérison.

Fracture par cause directe des 2e, 3e et 4e métatarsiens. Cal vicieux formant une saillie douloureuse à la plante du pied. — *Bull. de la Soc. de méd. du Nord*, 1000 p. 363.

Le cal vicieux était dû à un déplacement notable des fragments antérieurs en dehors et en bas.

Angiome profond de l'aisselle. Hémorragie intra et extra-angiomateuse au cours d'une broncho-pneumonie. Suppuration de l'hématome. Ouverture de l'abcès et extirpation de l'angiome. — *Mém. de la Soc. méd.-chir. du Nord*, 1905, p. 130.

Lipome du doigt. — In Odoul, Thèse Lille, 1903, obs. XV.

Enchondrome de la phalange et de la phanlangine du petit doigt. *Bull. Société anatomique*, 25 février 1897, p. 210 (fig. 18).

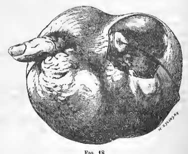


Fig. 18.

Sarcome du fémur à marche aiguë avec fièvre. — *Bull. Société anatomique*, 27 décembre 1895, p. 775.

L'évolution très rapide de ce sarcome et la coexistence de la fièvre firent penser à une ostéomyélite et pratiquer une incision libératrice qui détermina une hémorragie considérable.

Deux cas de sarcomatose généralisée, survenue rapidement après l'extirpation d'un sarcome des parties molles de la plante du pied et d'un sarcome de la peau de la cuisse. — *Bull. Société anatomique*, 1er avril 1898.

La mort survint deux mois et demi et sept mois après l'intervention.

Kyste hydatique de l'os iliaque et du fémur. — *Bull. Société anatomique*, 29 janvier 1897, p. 130 (fig. 19 et 20).

Le fémur, devenu fragile, s'était fracturé à deux reprises. Long-

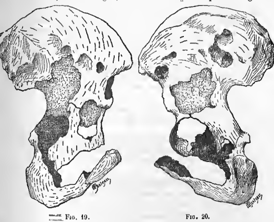


FIG. 19. FIG. 20.

temps on avait cru à l'existence d'une coxalgie, et le diagnostic exact ne fut posé qu'au moment d'une intervention sanglante.

G. — Antisepsie. Asepsie.

Discussion sur l'asepsie et l'antisepsie opératoires. — *Congrès belge de chir.*, 11 septembre 1902, p. 70.

Asepsie et antisepsie. — *Nord méd.*, 1902, p. 270.

J'expose en détail dans ces deux communications les résultats que m'ont donnés l'expérimentation et la clinique en ce qui concerne la désinfection des mains et de la peau du malade. Je conclus que le savonnage et le brossage à l'eau chaude constituent les seules manœuvres importantes et indispensables et que l'emploi des solutions antiseptiques est loin d'avoir les effets merveilleux qu'on lui attribue trop souvent.

Préparatifs d'une opération à domicile. — *Journ. des praticiens*, 1904, p. 708.

Autoclave permettant l'assèchement des objets stérilisés. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1901, p. 882.

Cet autoclave constitue une simplification de ceux de Sorel et de Vaillard. Il ressemble à un autoclave de Chamberland, avec cette seule modification qu'un tube muni d'un robinet est adapté au fond de la chaudière.

La stérilisation se fait comme d'ordinaire. Quand elle est terminée, on ouvre le robinet qui ferme le tube du fond de la chaudière ; l'eau que contient celle ci et une grande partie de la vapeur peuvent ainsi s'échapper. On ferme ensuite ce robinet, on ouvre celui qui se trouve sur le couvercle de l'appareil et on chauffe très légèrement pendant une demi-heure environ. L'autoclave se trouve ainsi transformé en étuve sèche.

Étude critique et expérimentale sur la stérilisation des éponges (En collaboration avec M. le Dr Carrière). — *Arch. prov. de chir.*, 1900, p. 337.

Dans ce travail, basé sur un grand nombre d'expériences, nous avons recherché les résultats donnés par les différents procédés utilisés jusqu'ici et qu'on peut diviser en deux groupes, suivant qu'ils s'adressent à la *chaleur* ou aux *antiseptiques* comme mode de stérilisation.

1° Chaleur. — La *chaleur humide* (ébouillantement simple ou séjour à l'autoclave) met les éponges hors d'usage. Il en est de même pour la *vapeur d'alcool surchauffée*. La *chaleur sèche* (20 minutes à 120°) ne donne pas une sécurité absolue au point de vue de l'asepsie. Le *chauffage discontinu* est insuffisant.

2° Antiseptiques. — Les vapeurs de *formol* ne stérilisent pas les éponges La solution d'*acide phénique* à 5 p. 100 et celle de *sublimé* à 1. p 1000 ne donnent des résultats certains qu'après un temps assez long. L'eau oxyoénée à 10 ou 12 volumes, même étendue de trois fois son volume d'eau, permet d'obtenir rapidement une asepsie parfaite.

La désinfection des mains. — *Nord méd.*, 1903, p. 235.

L'iodoforme. Sa disparition progressive dans la pratique chirurgicale. Son remplacement par le peroxyde de zinc dans le pansement vaginal. — *Nord méd.*, 1904, p. 221.

La méthode oxygénée en chirurgie. — *Bull. et Mém. de la Soc. méd.-chir. du Nord*, 1905, p. 145 et s.

La méthode oxygénée (eau oxygénée, peroxyde de zinc, oxygène) présente au point de vue de la désinfection des plaies une supériorité incontestable sur la méthode antiseptique. A l'encontre de celle-ci, qui consiste dans l'emploi de substances destinées à tuer les microbes, elle n'est ni irritante, ni toxique et agit surtout en détruisant les toxines microbiennes et en augmentant la diapédèse au niveau de la région infectée (Thiriar).

H. — Anesthésie

Absorption d'eau avant la chloroformisation pour éviter les vomissements (procédé de Denucé). — *Nord méd.*, 1900, p. 133.

Des expériences que j'ai faites au sujet de ce procédé il résulte que celui-ci ne présente pas la valeur que lui avait attribuée son promoteur. Cependant il mérite d'être utilisé, car il semble diminuer un peu la fréquence des vomissements chloroformiques et post-chloroformiques.

Plaidoyer en faveur du procédé de la compresse de flanelle pour l'administration du chloroforme. — *Nord méd.*, 1905, p. 141.

La compresse de flanelle, c'est-à-dire une compresse perméable à l'air, présente sur la compresse de toile à plusieurs épaisseurs (compresse imperméable à l'air) deux avantages qui, à mon avis, doivent lui faire donner la préférence : inutilité de retourner la compresse ; possibilité, par des versements fréquents et minimes de chloroforme, d'administrer un mélange d'air et d'anesthésique dont le titre est à peu près constant.

Doit-on pincer la langue au cours de l'anesthésie générale ? *Nord méd.*, 1906, p. 172.

Pour ramener en avant la langue tombée en arrière et empêchant le passage de l'air, il suffit *toujours* de soulever le menton ou de porter en avant les angles du maxillaire ; on attire ainsi en haut et en avant l'os hyoïde et par conséquent la base de la langue.

La pince à langue, dont les inconvénients sont bien connus des opérés qui souffrent parfois plus au niveau de la langue qu'au niveau de la région opératoire, ne doit donc jamais être employée ni pour prévenir la chute de la langue, ni pour attirer cet organe quand il est tombé en arrière. Elle doit être réservée aux cas de syncope respiratoire ou cardiaque.

Massage direct (transdiaphragmatique) du cœur dans un cas de mort apparente du nouveau-né. — *Ann. Soc. belge de chir.*, 1903, p. 322.

Rôle de la trachéotomie dans les accidents graves de l'anesthésie. *Gaz. hebd. de med. et de chir.*, 9 janvier 1896, p. 25.

Dans les accidents graves de l'anesthésie la trachéotomie peut agir de deux façons différentes, soit en permettant l'accès de l'air dans le poumon, dans les cas où les voies aériennes supérieures sont obstruées ; soit en déterminant un réflexe qui réveille la respiration et la circulation, comme nous en avons observé un cas.

A ce double titre, la trachéotomie constitue une méthode précieuse, à laquelle il faut recourir quand les procédés habituels ont échoué.

L'anesthésie générale au chlorure d'éthyle. — *Nord méd.*, 1er juillet 1903, p. 149.

Ce mode d'anesthésie est supérieur à tous les autres pour les opérations de courte durée. Il est précieux comme premier temps de la chloroformisation dont il supprime les inconvénients et les dangers.

Injection sous-arachnoïdienne de cocaïne. Pas d'analgésie. Intoxication prolongée (En collaboration avec M. le Dr Carrière). — *Echo méd. du Nord*, 1901, p. 223.

L'analgésie chirurgicale par voie rachidienne. — *Nord méd.*, 1901, p. 170.

Sur un cas de sciatique guéri par une injection intrarachidienne de cocaïne (En collaboration avec M. le Dr Carrière). — *Nord méd.*, 1901, p. 130.

I. — Varia.

Du traitement des abcès tuberculeux par le bleu de méthylène. — *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 26 mars 1904, p. 195 ; et *in* P. Chancel, *Etude clinique et expérimentale de l'action du bleu de méthylène comme antituberculeux.* Thèse Lille, 1904, obs. VIII à XIV.

Sous l'influence des pansements au bleu de méthylène les cavités tuberculeuses se comblent et se cicatrisent très rapidement.

Un cas de masque ecchymotique de la face sans compression du tronc. — In Arquembourg, *Echo méd. du Nord*, 1907, p. 13.

De l'intervention chirurgicale dans les adénies. — *5e Congrès franç. de med.*, Lille, 1899, p. 428.

L'opinion de la plupart des auteurs sur le rôle du chirurgien en présence d'une adénie est que l'intervention est toujours inutile et qu'elle peut être nuisible. Cette manière d'envisager la question nous semble trop radicale. Si, en effet, toute intervention est frappée de stérilité dans les cas où la lésion n'est plus cliniquement localisée, soit qu'il existe de la leucémie, soit que les tumeurs soient multiples, il n'en est pas nécessairement ainsi quand le lymphadénome est circonscrit à un organe.

Les observations prouvent que dans ces conditions la guérison ou, du moins, une survie notable est possible. Il faut donc s'efforcer d'intervenir de bonne heure, de façon à se mettre dans les meilleures conditions possibles de réussite.

Anastomose spino-faciale pour paralysie faciale d'origine otique. *Nord méd.*, 1er mars 1907 (fig. 21).

Le résultat favorable obtenu dans ce cas, comme dans la plupart de ceux où la méthode a été utilisée, doit encourager les chirurgiens à recourir à cette opération qui a jusqu'ici été rarement faite en France.



Fig. 21. — Photographie prise 7 mois après l'anastomose spino-faciale. La contraction des muscles de la face du côté autrefois paralysé accompagne l'élévation de l'épaule et du bras du même côté. Cet inconvénient s'amenda ensuite.

F. — Intérêts professionnels.

Les syndicats peuvent-ils intervenir pour trancher les différents entre médecins et clients, entre médecins et sages-femmes et dans quels cas ? — Rapport au Syndicat médical de Lille et de la région au nom d'une commission composée de MM. Lefebvre, Vienne et Vanverts. — *Bull. des syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais*, 1902, p. 210.

Examen de la pratique de la dichotomie. — Rapport au Syndicat médical de Lille au nom d'une commission composée de MM. Carrière, Cochet, Coppens, Delassus et Vanverts, *Ibid.*, 1906, p. 322.

Des rapports entre médecins traitants et chirurgiens, ou spécialistes — Rapport au nom d'une commission composée de MM. Cochet, Delassus, Oui, Surmont et Vanverts, *Ibid.*, 1902, p. 222.

Un cas de déontologie. — *Ibid.*, 1904, p. 421.

Les malades payants dans les hôpitaux. — *Nord méd.*, 1906, p. 111.

Médecins et massage. — *Nord méd.*, 1905, p. 54.

TABLE DES MATIERES

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).